Ян голанд

О ступенчатом построении психотерапии при мужском гомосексуализме

Оптимистических взглядов на возможность психотерапии гомосексуализма придерживается ряд авторов: Б. А. Попов, Т. Бостанджиев, К. Эллин, К. Имелинскии, К. Фроинд. Они полагают, что лечение должно заключаться в сложном лечебно-педагогическом процессе, где первое место занимает психотерапия. В то же время сравнительно мало работ посвящены методическому освещению особенностей построения такой психотерапии.

Прогностические критерии, позволяющие предварительно решить вопрос о целесообразности психотерапии с установлением благоприятного прогноза лечения гомосексуалистов, освещены Н. В. Ивановым.

Разрабатывая данную методику психотерапии, мы исходили из трех характерных признаков, присущих лицам, страдающим гомосексуализмом:

1. Наличие стойкого сексуального влечения к лицам своего пола.

2. Отсутствие сексуального влечения к лицам противоположного пола.

3. Отсутствие эстетического интереса к лицам противоположного пола.

Предлагаемая методика состоит из трех этапов:

I. Этап сексуально-психологического вакуума.

II. Этап формирования эстетического восприятия женщины.

III. Этап возникновения и закрепления гетеросексуальной направленности.

I. Этап сексуально-психологического вакуума.

Цель первого этапа лечения — добиться того, чтобы побуждения и порывы гомосексуального характера перестали тревожить пациента, а затем и полностью погасить их, воспитать у него стойкое, спокойное, равнодушное отношение к лицам своего пола, полностью снять элемент эротики с этих отношений. Поскольку в процессе психотерапии на данном этапе сексуальное влечение к лицам своего пола подавляется, а гетеросексуальное влечение отсутствует совершенно, то такое состояние удачно определено Н. В. Ивановым, как состояние сексуального психологического вакуума. Соответственно этому первый этап лечения и назван нами этапом создания сексуального психологического вакуума (СПВ).

Каждое психотерапевтическое занятие с пациентом на первом этапе проводится следующим образом:

1. Беседа, в ходе которой анализируется и критически оценивается состояние пациента. В процессе беседы врач коррегирует состояние и поведение пациента и дает ему дальнейшие рекомендации на ближайшее будущее.

2. Сеанс гипнотического внушения. Внушается спокойно-холодное, равнодушное отношение к мужчинам. Подчеркивается, что глубина сексуально-психологического вакуума от сеанса к сеансу нарастает, спокойно-равнодушное отношение к мужчинам становится обычной нормой поведения.

3. Краткое резюме и повторение задания на ближайшее время.

В первой беседе врач объясняет пациенту сущность сексуального психологического вакуума, его роль и важность в процессе лечения. При этом подчеркивается, что отношения пациента с мужчинами должны быть именно спокойными и деловыми, ни в коем случае не должно быть в этих взаимоотношениях чувства любования, либо наоборот — отвращения и зла.

Первоочередная задача, которую мы ставим, начиная лечение, добиться устранения фиксации эротически окрашенного внимания на мужчинах.

На первых порах до создания у пациента СПВ, помимо запрета посещения бань и общественных туалетов, мы настойчиво рекомендуем ему максимальную загруженность работой, учебой, творческими размышлениями, чтобы он даже на улице был поглощен какими-либо делами и т. п. И мы объясняем ему смысл такого задания с тем, чтобы он четко осознал механизм фиксации и методику борьбы с ней.

Вторая беседа врача с пациентом имеет целью уточнение имеющегося у него неправильного отношения к своим перверзным переживаниям, т. к. считаем нужным объяснить генез сексуальной перверзии, конечно не охватывая всей сложности данного вопроса. Если пациент сам откровенно сообщает о своих переживаниях, то врач в ходе беседы подробно исследует момент, когда у него впервые появилась патологическая сексуальная реакция, выясняет, какие факторы в последующем способствовали ее закреплению, т. е. старается проследить установление гомосексуального влечения.

На третьем занятии мы обучаем пациента аутотренингу. Аутотренинг используется как средство поддержания и углубления СПВ; по мере овладения аутотренингом пациент пользуется им для торможения и угашения гомосексуальных переживаний при случайной фиксации внимания на мужчинах.

Кроме того, мы рекомендуем обязательно проводить аутотренинг перед сном, ибо, как показывают все наши пациенты, эротические переживания гомосексуального характера постоянно возникают у них перед засыпанием.

Следует указать на значимость некоторых деталей построения врачебных внушений. Так, в целях большей конкретизации формулы внушения оказалось целесообразно для каждого пациента (с его согласия) вносить в формулу внушения о создании и укреплении СПВ конкретные имена тех лиц, которые вызывают особую гомосексуальную симпатию, т. к. формула прицельно направлена против наиболее сильных раздражителей.

Формула гипнотического воздействия должна быть строго индивидуальна; она играет важную роль в создании фона настроения, которое возникает у пациента после психотерапевтического занятия. В задачу врача входит создание у пациента такого настроения, когда менее всего проявляются перверзионные наклонности, вместе с тем это настроение должно быть эмоционально положительным, что помогает упрочению СПВ.

Вхождение наших пациентов в состояние СПВ происходит неодинаково и по времени, и по некоторым характерным изменениям: у одних сравнительно быстро гасятся фиксации, но долго держатся сновидения гомосексуального плана; у других — наоборот и т. д. Вместе с тем можно выявить ряд закономерностей динамики становления СПВ:

1. Фиксации внимания на мужчинах становятся более редкими, яркость их убывает. Если до лечения фиксации часто сопровождались эрекцией, то с течением времени, когда фиксации становятся нерегулярными, случайными, эрекция при них не возникает. Случайные фиксации носят непроизвольный, автоматический характер и быстро гасятся сознательным усилием.

Интересно отношение пациентов к фиксациям. Если пациент бурно, резко отрицательно реагировал на фиксации, которые возникли у него после первых сеансов лечения и они очень угнетали его (снижая веру в эффективность лечения), то в заключительный период установления СИВ он относится к ним спокойно, уверенно, считая их преходящими.

2. С течением времени гасятся эротические грезы гомосексуального характера, которые ранее занимали значительное место в духовной жизни всех наших пациентов. Общее психическое состояние пациента по мере образования у него СПВ значительно меняется. Настроение становится более спокойным и ровным, ослабевают угнетающие чувства. Снимаются идеи самобичевания, самоуничижения, постепенно исчезает подозрительность, ранее характерная, приступы чувства жалости к себе становятся менее острыми, появляется уверенность в своей полноценности. Пациент становится более активным в лечении, доверие к врачу растет. Вместе с тем нарастает уверенность в общении с людьми.

Начальными признаками наступления состояния СПВ у пациента можно считать следующие:

1. Фиксации внимания на мужчинах редки, эпизодичны и не содержат в себе волнующего эротического компонента;

2. Общение с мужчинами ровно, спокойно, устойчиво;

3. Исчезновение гомосексуальных сновидений: если мужчина и снится, то без эротических переживаний;

4. Даже в состоянии легкого алкогольного опьянения гомосексуальных тенденций не проявляется, тогда как ранее опьянение провоцировало их.

Состояние пациента, отвечающее перечисленным признакам, можно считать состоянием достигнутого СПВ, а данные признаки — показаниями к переходу к следующему этапу лечения.

СПВ, хотя пациент и идет на него сознательно, активно добивается его, является качественно новым психическим состоянием личности, и, естественно, вызывает определенные эмоциональные и интеллектуальные реакции пациента на него. Наблюдая наших пациентов, мы смогли классифицировать основные этапы этих реакций:

1. Чувство освобождения, радости победы над собой. Пациент расценивает свое состояние как «первый шаг на пути к выздоровлению».

2. Равнодушие, спокойствие. Пока новое состояние устраивает пациента, дальнейшее он стремится не уточнять. «Пока неплохо, поживем — увидим».

3. Чувство неблагополучия с элементами растерянности: в течение дня частая смена настроения. Усилились идеи самобичевания и придирчивого самоанализа, копания в самом себе. Вспоминается прошлое и представляется как нечто страшное, непреодолимое. Становится грустно на душе, все «путается». На занятиях вел себя несерьезно. С другом шутил неуместно. Ощущение пустоты, «не могу обрести самого себя».

4. Страх потери эротических переживаний, составляющих значительную часть духовной жизни личности; неуверенность в приобретении гетеросексуальных чувств; ощущение пустоты — «я стал бесполым».

5. Рациональный, прагматический подход, идущий от интеллекта,— эмоций мало. Рассудочная оценка своего нового состояния: «удобно, спокойно, секс для меня не существует, волнения и унизительные переживания по поводу секса сняты».

Необходимо отметить, что перечисленные выше типы реакций являются основными. Часто реакция по одному из этих типов может встретиться не в чистом виде, а в сложном переплетении с реакцией по другому типу.

Кроме того, часто наблюдается смена настроений, которая бывает у некоторых пациентов нечетко выраженной, а у других составляет суть, основное содержание реакции на СПВ.

Задача врача — заранее объяснить пациенту возможные у него неприятные реакции на СПВ, объяснить, что это временное, преходящее состояние и постепенно в ходе лечения коррегировать отрицательные эмоции и реакции пациента.

Окончательно установившимся «сексуально-психологическим вакуумом» нужно считать состояние, когда пациент «переболел» переживаниями своего нового состояния, освоился с ним, принял его как норму в процессе лечения и приветствует его, когда он активно ожидает следующего этапа лечения.

II. Этап формирования эстетического восприятия женщины.

За этапом образования у пациента СПВ следует второй этап лечения, который мы называем этапом воспитания у пациента эстетического восприятия женщины. Поясним вкратце, какое содержание мы вкладываем в этот термин.

Необходимо отметить, что наши пациенты все без исключения имеют превратный взгляд на женщину. И хотя в каждом конкретном случае наблюдаются некоторые особенности отношения пациентов к женщине, мы можем выделить две характерные черты этих отношений, общие всем гомосексуалистам: во-первых, элемент эротики по отношению к женщине полностью отсутствует; во-вторых, эстетическое восприятие женщины, женской красоты значительно снижено, у некоторых пациентов до равнодушия, у других даже до отвращения. Для других больных женщины в эстетическом и духовном плане настолько неинтересны, что они не улавливают никакого различия между разными женщинами.

Некоторые пациенты способны оценить привлекательность женского лица, но относительно фигуры они никаких суждений вывести не могут, эстетические впечатления здесь у них полностью отсутствуют. Пациенты, которые настроены резко отрицательно к женщинам, обычно убеждены в том, что женщина и в плане интеллектуальном, и в плане эстетическом стоит на низшей степени развития по сравнению с мужчинами. Они убеждены в «неполноценности» женщины в такой мере, что, сознавая патологию своих гомосексуальных влечений и обращаясь к врачу, хотят избавиться только от них, но не стремятся приобрести в результате лечения нормальные гетеросексуальные отношения.

Неверные взгляды на женщину формируют у гомосексуалиста определенные типы взаимоотношений с женщинами и поведение в общении с ними. У одних пациентов складываются с течением времени спокойные, чисто деловые отношения с теми женщинами, с которыми им приходится общаться. У других — нерешительные,

скованные, боязливые отношения, преобладает желание избежать женского общества, они подозревают, что именно женщина может разоблачить их порок, поэтому боятся ее. У третьих общение с женщинами вызывает чувство неприязни и они стараются свести это общение к минимуму.

Превратные эстетические взгляды на женщину составляют существенную часть патологии наших пациентов. Поэтому, поставив своей задачей развитие у пациентов адекватных эротических отношений к лицам противоположного пола, мы считаем невозможным успешное психотерапевтическое лечение без коренной перестройки взглядов больного на женщину. Поэтому этап эстетического воспитания пациента, этап развития у него правильных взглядов на женщину является необходимым этапом лечения.

Целью данного этапа лечения является научить пациента видеть в женщине прежде всего полноценного, равноправного человека, научить его находить и видеть прекрасное в женщине, научить его видеть и ценить духовный мир женщины, ее отличительные черты: доброту, мягкость, заботливость, раскрыть ему прекрасный внутренний мир женщины-коллеги, сослуживицы, задушевного собеседника по вопросам жизни, объекта хороших, дружеских взаимоотношений, и, наконец, увидеть красивое, привлекательное в ее внешнем облике, в особенностях телосложения.

Мы считаем необходимым сначала воспитать у пациента именно положительную несексуальную направленность на женщину, разбудить у него потребность к хорошим, добрым, теплым отношениям с лицами противоположного пола, научить его светлому чувству любования женщиной, как объектом красоты.

В задачу данного этапа входит также привитие пациенту навыков общения с женщиной, общения простого, естественного и непринужденного, дать ему навыки адаптации в среде женщин.

В первой же беседе второго этапа врач объясняет пациенту, что его состояние СПВ упрочилось настолько, что позволяет перейти к следующему этапу лечения. Объясняется суть этого этапа, цели, которые он преследует. В ходе беседы уточняются и тут же подвергаются критическому разбору взгляды пациента на женщину, подчеркивается, логически обосновывается ошибочность этих взглядов, выясняются и раскрываются причины этих ошибок.

Здесь можно столкнуться с принципиальным неприятием пациентом положений врача, своеобразного игнорирования всего, что противоречит его взглядам на

женщину. Пациенту внушается, что с этого момента его взгляд на женщину будет постепенно меняться, подчеркивается, что состояние СПВ способствует, благоприятствует созданию правильного отношения к женщине.

Демонстрируя женские портреты (репродукции картин известных художников, фотографии), врач обращает внимание пациента на эстетически совершенные, классически красивые черты лица.

Далее следует гипнотическое внушение, которое укрепляет достигнутое состояние СПВ и подкрепляет начало нового этапа лечения.

И в заключение занятия врач кратко обобщает сказанное, подкрепляет внушение, дает задание обращать внимание на женские лица и к следующему занятию описать наиболее запомнившееся. Перед сном рекомендуется аутогенная тренировка «с домысливанием» в состоянии релаксации встреченных женских лиц.

С течением времени у пациента складывается представление о красивом женском лице, вырабатывается эталон красивого лица. Пациент получает задание постоянно наблюдать женщин в любой обстановке, мысленно сравнивать их лица с выработанным эталоном, отыскивать его черты в лицах женщин, фиксировать внимание на лицах, отвечающих этому эталону. Перед сном обязательна образная тренировка: мысленное представление женских лиц, обративших на себя внимание, сравнение их с эталоном. В формулу гипнотического внушения и в задания вводится рекомендация рассматривать и изучать женские фигуры и соответственно строить образные тренировки.

Таким образом, постепенно у пациента вырабатывается эстетический образ женщины, эталон женской красоты.

Наконец, наступает такой момент, когда при рассматривании фотографий обнаженных женщин в процессе выработки эстетического образа начинает проявляться специфическая адекватная сексуальная направленность на этот образ, опережая внушение врача. Новым элементом в этом этапе является образная тренировка. Этим термином мы назвали такое самовнушение в состоянии релаксации, вызванной аутотренингом, когда пациент ярко и зримо представляет себе женский образ, вызывающий положительный эмоциональный отклик и в формулу ободрения включает формулировку о том, что восприятие этого образа доставляет ему удовольствие, наполняет его светлыми, теплыми чувствами. Образной тренировкой пациенты занимаются днем в свободное время и обязательно перед сном 3–5 минут.

Она способствует отвлечению от гомосексуальных грез и препятствует возникновению сновидений с гомосексуальными тенденциями. Как отмечали наши пациенты, занятия образной тренировкой приводили к появлению сновидений с гетеросексуальной тематикой. Таким образом, использование данного психотерапевтического приема и гипнотическое внушение врача создают условия для развития адекватного гетеросексуального интереса.

Когда у пациента уже выработался эстетический образ женской красоты, мы рекомендуем ему на улице, в общественных местах, на транспорте при неожиданном возникновении фиксации внимания на мужчине, быстро переключить внимание на какую-либо находящуюся рядом женщину, интересную для него в эстетическом плане, что помогает сразу же погасить случайную фиксацию внимания на мужчине. Больной должен ежедневно 2–3 раза заниматься аутотренингом с включением мотивированного самовнушения, содержанием которого является сугубо индивидуальная формула, найденная самим больным и отвечающая данному этапу лечения. Первая трудность, с которой приходится сталкиваться врачу на данном этапе — непринятие его взглядов на женщину, при этом пациент принимает задания врача рассматривать женские лица и фигуры чисто механически. Однако он не остается полностью безразличным и его охватывают сомнения, что может быть только у него не наступает пробуждения интереса к женщинам («Вероятно, это мне не дано») и вместе с тем возникает неуверенность в положительном исходе лечения, приобретении адекватных эротических желаний. Это обостряет мысли о неполноценности, активное отношение к ходу лечения падает по сравнению с первым этапом, пациент начинает уклоняться от выполнения указаний врача, иногда «забывает» выполнять задания по рассматриванию женщин, ссылаясь на поглощенность делами, в то же время переживания некоторого обострения мыслей о своей неполноценности могут содействовать и стремлению сохранить контакт с врачом. Здесь врачу нужно внушениями и тренировкой постоянно поддерживать состояние СПВ. Хорошим коррегирующим воздействием является использование дневников бывших пациентов, уже прошедших этот этап: читая их, больной видит, как в зеркале, все свои сомнения, страхи, неуверенность, видит, как в конечном счете они успешно преодолевались другими.

Обычно при продолжении психотерапевтической работы эстетический интерес возникает, как отмечают пациенты, внезапно, вдруг. «Вдруг перевернул страницу журнала — хорошее лицо, красивое, сразу чем-то понравилось». Или такой же отзыв о встречной женщине. С целью упрочить такой спонтанный интерес, врач настойчиво

выясняет, что именно понравилось, какие конкретные черты, подробности. При тщательном исследовании понравившегося образа ставится задача искать черты этого образа в других объектах. Происходит утверждение найденного образа в качестве эстетического эталона. Выполнение заданий врача проходит активнее.

Когда у пациента вырабатывается адекватное эстетическое отношение к женскому лицу, врач переходит к демонстрации фотографий женского тела.

Очень важен тщательно продуманный подбор иллюстративных материалов для развития эстетического восприятия женщины. Для начала подбираются фотографии малой степени обнаженности, нечеткие, однотонные, темные или белые, с размытыми линиями переходов, где подробности женской фигуры скрыты в полутонах и почти полностью лишены элементов эротики. В процессе обсуждения с пациентом фотографий тело является предметом художественного анализа, что всячески подчеркивается.

Обнаженность тела увеличивается от занятия к занятию, фотографии становятся все более четкими и рельефными, врач подчеркивает плавность линии фигуры, мягкие переходы, изящество деталей, общее впечатление одухотворенности, нежности, то-есть прежде всего эстетическую сторону женского тела.

Постепенно в ходе этого этапа лечения у пациента вырабатывается эстетическое восприятие женщины, причем это восприятие становится эмоционально окрашенным (образ нравится). Если вначале этот образ имел несколько абстрактный характер, то с течением времени он приобретает все большую реальность.

В конечном итоге, на данном этапе лечения наступает такой момент, когда у пациента возникает желание часто видеть женщин, быть с ними, т. е. возникает потребность к общению с женщинами.

Здесь перед врачом встает новая важная задача лечения — научить больного общаться с женщинами, преодолеть сложившуюся в его поведении скованность, нерешительность, боязливость.

Воспитывая у пациента необходимые качества для общения с женщинами, врач добивается, чтобы он не только сознал сам новый для него факт общения с лицами противоположного пола, но и понял социальную значимость этого факта.

Результатом курса психотерапии, проведенного по методике второго этапа, является качественно новое состояние пациента, характеризующееся следующими признаками:

1. Эмоционально окрашенное восприятие женщины, как в плане эстетическом (внешность), так и в плане духовном.

2. Появление потребности общения с женщинами.

3. Развитие и укрепление навыков общения с женщинами.

4. Наличие сновидений, в которых возникают ситуации общения (не сексуального) с женщиной.

III. Этап возникновения и закрепления гетеросексуальной направленности.

Цель третьего, завершающего, этапа лечения, названного нами «этап возникновения и закрепления гетеросексуальной направленности»— добиться возникновения и развития у пациента стойкого адекватного эротического влечения и, в конечном счете, стойкого сексуального общения с женщиной, общения, наполненного полноценными эротическими ощущениями.

Необходимо отметить, что четкой границы между вторым и третьим этапами лечения не существует, она еще более условна, чем граница между первым и вторым этапами, и ее можно провести только из методических соображений. У большей части наших пациентов уже в конце второго этапа мы наблюдаем своеобразный качественный скачок, который и служит нам сигналом к переходу к эротическому этапу, — первое появление чувственного компонента в отношении к женщине. Как отмечают наши пациенты, первые чувственные, специфически эротические адекватные впечатления хотя и были подготовлены всем ходом предшествующей работы, возникают внезапно, неожиданно для них, часто в ситуации случайной и всегда опережая соответствующие внушения врача.

Узнав о пробуждении у пациента чувственного отношения к женщине, мы всячески стараемся подчеркнуть значительность достигнутого успеха, вызвать у пациента радость по этому поводу и разделить ее с ним. Дальнейшие беседы по-прежнему

сопровождаются иллюстрированным материалом, уже более откровенного эротического характера.

Конечно, это обсуждение ни в коем случае не должно сводиться к циническому обсуждению переживаний, касающихся чувственного компонента; беседуя с пациентом, мы касаемся отдельных частей тела женщины, но остаемся, как и в предыдущих этапах, на уровне поклонения красоте с особым обращением внимания на яркость специфических сладострастных ощущений, которые возникают у мужчин при соприкосновении с той или иной частью тела, если это соприкосновение является выражением ласки, идущей от полноты человеческого чувства.

Содержание формулы гипнотического внушения меняется. Она становится ярче, эротичнее, подробнее, эмоциональнее. На заключительных сеансах мы вводим в завершающую формулу внушения откровенную эротику, подчеркивая, что это становится его личным свойством.

Следует подчеркнуть, что изменение формулы внушения, динамики ее на данном этапе лечения зависит от индивидуальной глубины новых гетеросексуальных переживаний каждого больного и имеет целью, по мере возникновения у него оттенков чувств, закрепление и усиление их.

Задания, которые получает пациент на данном этапе, направлены на создание, закрепление и усиление адекватной эротической реакции на женщину.

Элемент эротики в последующих образных тренировках нарастает. Образные тренировки пациент проводит ежедневно перед сном.

В этот период мы поддерживаем пациента в отношении завязывания прочных взаимоотношений с избранной женщиной, рекомендуя все в большей степени скреплять их взаимоотношения, прибегая к постепенному расширению диапазона ласки.

Наблюдая наших пациентов, мы отметили следующую динамику становления и закрепления адекватного эротического влечения:

1. Нарастание чувственности. Первое пробуждение чувственности у пациента, первые специфические эротические ощущения, возникшие у него по отношению к женщине, нуждаются в большой поддержке со стороны врача. Как мы уже отмечали, они зачастую случайны и не всегда направлены на близкую пациенту женщину. Задача врача в этот момент поддержать, укрепить, развить эти теплые чувства, которые еще

очень слабы, мимолетны и не всегда оцениваются им как положительные и новые в его жизни переживания, а иногда оцениваются и отрицательно ввиду их случайности.

Мы стараемся подчеркнуть, что он не только открывает для себя женщину, вместе с этим он открывает и себя, свои способности чувствовать и познавать прекрасное, свой внутренний мир, обогащая его и раздвигая его границы. Мы показываем, что прежние, перверзные отношения гораздо беднее того, что может дать ему женщина.

Постепенно проявления чувственности пациента по отноше. нцю к женщине становятся все более определенными, направленными на реальную женщину. Теперь он уже смотрит на женщину глазами «нормального мужчины», он уже мечтает о женщине, как о возможном сексуальном партнере. Причем предметом его мечтаний является реальная, конкретная женщина.

2. Появление эрекции при наличии сильных гетеросексуальных раздражителей.

Впервые эрекция на гетеросексуальный раздражитель появляется внезапно для пациента, «вдруг», либо при рассматривании иллюстраций, данных ему врачом, либо при чтении соответствующей литературы, в кино, при случайном взгляде на женщину, прикосновении и т. д.

3. Сновидения с гетеросексуальной тематикой.

4. Появление переживаний ревности.

Ревность в отношении возможных соперников возникла у всех без исключения наших пациентов впервые в жизни и совершенно неожиданно для них. Причем переживается она часто мучительно и требует тщательной психотерапии. С ревностью вновь возникают сомнения в собственной полноценности, ухудшается общее эмоциональное состояние. Для врача же пробуждение чувства ревности к женщине как чувства, ранее незнакомого пациенту, является ценным и положительным в прогностическом отношении моментом, свидетельствующим об успешном ходе лечения. Эту разницу в оценке значения ревности врач не должен упускать из внимания. Мы стараемся раскрыть пациенту переживания ревности именно как положительный момент лечения, как чувство естественное и закономерное, что в свою очередь позволяет в значительной степени нейтрализовать ревность как отрицательную эмоцию.

5. Возникновение гетеросексуальной настроенности.

Размышления о женщинах, образные тренировки, литература, расширение контактов с женщинами, которые мы рекомендуем на втором и третьем этапах, ведет к тому, что на некоторое время мысли пациента постоянно заняты женщинами; его интерес к ним в этот период можно назвать повышенным сравнительно с интересом среднего нормального мужчины. Отметим, что это еще не интерес к какой-то одной определенной женщине (он приходит позднее) хотя и этого, конечно, отрицать нельзя — это сексуальный интерес к женщинам вообще, так сказать, общий гетеросексуальный фон жизни пациента. Можно сказать, что в эротическом плане пациент проходит путь от гипосексуального в начале до гиперсексуального состояния в конце.

Превратные взгляды на нормальную сексуальную жизнь требуют коррекции, и наш опыт показал, что самым эффективным средством такой коррекции и сексуального воспитания служит посещение пациентами психотерапевтических занятий группы по лечению психогенных форм сексуальных расстройств.

Иногда наши пациенты находят аналогию между собой и больными с психогенной импотенцией. Такое сравнение позволяет укрепиться в сознании собственной полноценности как мужчины.

Состояние выздоровления для наших пациентов, избавившихся от прежних гомосексуальных тенденций, как мы понимаем его, отвечает следующим признакам:

1. Стойкое эротическое влечение к женщине, влечение, в котором присутствуют как чисто сексуальные, так и эстетические составляющие.

2. Критическое отношение к своему прошлому как неадекватному, болезненному.

3. Отношение к мужчинам, отвечающее нормам общежития.

4. Сознание собственной полноценности, как личной, социальной, так и сексуальной.

Катамнестическое изучение 10 пациентов длительностью от 7 лет до 1 года, прошедших курс лечения, показало, что пациенты успешно реализуют нормальную гетеросексуальную жизнь и полностью избавились от прежнего патологического влечения.